EXTIRPATION TOTALE

N° 90

DU PÉNIS

Procédé de M. MONTAZ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1888

PAR

Alcée PAQUIER

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Saint-Paul-lès-Monestier-de-Clermont (Isère), le 2 mai 1851

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

Des Chroniques de Languedoc

de la *Revue Populaire de Médecine et de Pharmacie*

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Physique médicale.	MM. MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie. . . .	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Ch. du cours)	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Botanique et hist. nat: méd. (Ch. d. c.). .	GRANEL.
Pathologie interne.	N....

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. : MM. MARTINS (O. ✻). DUPRE (O. ✻ C. ✻). CAVALIER (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .	MOSSÉ (✻). agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✻)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✻)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBRUEIL (✻), *président.*
JAUMES, *professeur.*
GAYRAUD, *agrégé.*
GERBAUD, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. PAQUIER.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONTAZ

CHIRURGIEN EN CHEF

DE L'HOTEL-DIEU DE GRENOBLE

A. PAQUIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBRUEIL

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL SAINT-ÉLOI

A. PAQUIER.

INTRODUCTION

M. le Dr Montaz, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Grenoble, nous présenta, il y a quelques mois, un homme auquel il avait pratiqué, par un procédé nouveau, l'extirpation totale du pénis. Il voulut bien nous communiquer le manuel opératoire qu'il avait suivi, ainsi que l'observation du malade. Nous nous sommes décidé à en faire le sujet de notre Thèse inaugurale, et nous nous permettrons d'adresser à M. Montaz nos plus sincères remerciements pour les renseignements qu'il nous a fournis.

Que M. le Dr Achard, médecin-major au 140e de ligne, et M. le Dr Giraud, de Grenoble, acceptent aussi les marques de notre reconnaissance pour l'obligeance qu'ils ont mise à nous aider dans notre travail.

Qu'il nous soit permis, avant de terminer, de remercier nos Maîtres de la Faculté de Montpellier, pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

EXTIRPATION TOTALE

DU PÉNIS

Procédé de M. MONTAZ

De toutes les affections du pénis, celle qui présente pour le chirurgien le plus grand intérêt est sans contredit le cancer ; cet intérêt se trouve justifié par les différentes formes que le cancer peut présenter, par la difficulté du diagnostic dans certains cas, et surtout par les opérations que son traitement entraîne constamment, lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas formellement contre-indiquée.

Différentes espèces de cancer peuvent se rencontrer sur le pénis : l'encéphaloïde, le sarcome vasculaire, le squirrhe, l'épithélioma. C'est ce dernier qui est de beaucoup le plus fréquent ; sa fréquence va en augmentant à partir de 30 ans, comme on l'observe pour tout cancer en général ; cette notion de l'âge est importante au point de vue du diagnostic, par suite, au point de vue du traitement, et, comme nous savons que le

diagnostic des tumeurs et ulcérations cancéreuses est entouré de difficultés nombreuses, le chirurgien n'a pas le droit de négliger un seul élément de diagnostic, quelque insignifiant qu'il puisse paraître.

Les deux relevés suivants répondent à la question ; l'un a été dressé par M. le docteur Villiès, dans sa thèse inaugurale de 1873, où nous trouvons la statistique suivante :

De 20 à 30 ans	2 cas
30 à 40 —	3 —
40 à 50 —	11 —
50 à 60 —	11 —
60 à 70 —	10 —
70 à 80 —	6 —
Au-dessus de 80 ans. . . .	1 —

Demarquay, sur 134 observations de lésions carcinomateuses du pénis, en a trouvé 57 où l'âge avait été indiqué ; sur ce nombre la maladie avait été observée :

De 20 à 30 ans	9 fois
30 à 40 —	14 —
40 à 50 —	18 —
50 à 60 —	23 —
60 à 70 —	23 —
70 à 80 —	10 —

Lebert est arrivé, dans ses recherches, à cette conclusion, que les 2/3 de ses malades étaient âgés de 40 à 70 ans. Ricord, dans ses leçons cliniques, disait qu'il n'avait pas vu un seul carcinome de la verge avant l'âge de 40 ans et que, le plus ordinairement, il les avait rencontrés entre 50 et 60 ans.

Si maintenant nous étudions le début, le siège du développement de la maladie, nous verrons que sur 84 fois, au moment de l'opération, le mal était situé :

Au prépuce et au gland.	24 fois
A toute l'épaisseur de la verge	17 —
Au gland.	12 —
Au gland et aux corps caverneux	9 —
Au prépuce.	6 —
Au prépuce et à la peau de la verge.	3 —
Au gland, au prépuce et aux corps caverneux.	3 —

Sur 17 cancroïdes ayant envahi toute l'épaisseur de la verge :

10 fois la verge était malade dans toute son étendue jusqu'au pubis.

2 étaient bornés au tiers antérieur.

2 avaient envahi presque tout l'organe.

2 étaient limités à la moitié du pénis.

1 n'occupait que la face dorsale.

1 occupait la peau de la verge, le scrotum, le pénis et une partie de la face interne des cuisses. Dans un autre cas, le mal avait envahi la verge, la partie supérieure du scrotum et la paroi antérieure de l'abdomen. Enfin, dans une observation, le cancroïde débuta par le scrotum, envahit plus tard la verge, le périnée, enfin le testicule gauche (Demarquay).

Notre dessein n'est pas de retracer l'histoire clinique des cancers de la verge, d'élucider ses causes encore obscures, de le suivre dans sa marche et son évolution, de décrire les complications qu'il entraîne et le fâcheux retentissement qu'il a sur l'économie et sur l'état moral du malade ; cependant, puisque notre sujet se rapporte essentiellement au meilleur

mode de traitement, nous ne saurions négliger de dire quelques mots du pronostic.

Comme celui de toute affection cancéreuse, le pronostic du cancer de la verge est grave. S'il est abandonné à sa marche naturelle, le cancroïde aura une terminaison fatale ; sa marche sera plus ou moins rapide ; il pourra rester quelque temps stationnaire, mais un moment viendra toujours où l'infection des ganglions lymphatiques, l'épuisement produit par un vaste ulcère amèneront le malade à la cachexie et de là au tombeau. Il ne rétrocède jamais et ne peut guérir sans une opération chirurgicale, sans une mutilation en rapport avec l'étendue du mal.

Cependant ce tableau, quelque sombre qu'il soit, est moins effrayant quand on songe que, si l'on a supprimé un organe aussi important, la vie du patient est conservée ; car un caractère qui distingue le cancer du pénis des néoplasmes de même nature, mais de sièges différents, des cancers de la langue et du testicule, est le suivant :

Après l'ablation complète de l'un ou de l'autre de ces deux organes, même partiellement altérés, on note à peu près constamment la récidive, exceptionnellement la guérison ; dans le cas de cancroïde du pénis, les chirurgiens ont observé à peu près toujours la guérison.

Puisque les récidives sont l'exception, le chirurgien n'aura plus à hésiter en présence d'un cancer du pénis : il doit le traiter selon les règles ordinaires, c'est-à-dire enlever la partie dégénérée le plus tôt possible, car on a remarqué que plus l'opération est faite de bonne heure, moins la récidive est à redouter.

De plus, on peut poser en principe que toute opération qui n'aurait pas pour résultat à peu près certain l'ablation complète de tous tes tissus malades doit être rejetée. Si l'on veut avoir de grandes chances d'enlever tout le mal, il faut sacrifier non seulement toutes les parties indurées, mais aussi les parties en

apparence saines qui se trouvent au contact des tissus malades.

Quelque intérêt que puisse avoir la conservation des fonctions génitales, elle ne doit être qu'une considération tout à fait secondaire en présence de la possibilité d'une récidive qui d'ailleurs les abolirait bien vite.

Il n'entre pas dans notre plan de peser les contre-indications à l'intervention opératoire ; nous prenons au contraire le cas où toutes les conditions favorables se trouvent réunies ; la santé générale est bonne, le néoplasme est parfaitement limité, l'infection ganglionnaire n'existe pas ou du moins est toute superficielle. En outre, il s'agit d'un cancer qui a envahi la totalité de l'organe. Que va faire le chirurgien ?

Tout d'abord, il ne doit pas songer à une médication interne, pas plus qu'à des topiques ; bien souvent, à la suite de leur emploi irraisonné, à la suite de cautérisations intempestives, des papillomes limités à la moitié antérieure de la verge ont évolué avec une rapidité prodigieuse, envahissant tout, même le scrotum, comme Lisfranc en rapporte un exemple.

Une seule méthode de traitement est applicable, c'est l'extirpation totale de la verge. Mais pour pratiquer cette amputation, divers moyens se disputent la préférence ; nous verrons par la suite de notre travail auquel nous devrons l'accorder ; nous nous efforcerons de mettre en relief les avantages qu'offre sur les autres le procédé du Dr Montaz, qui a bien voulu nous faire part de ses travaux.

DE L'AMPUTATION DE LA VERGE

Certains passages de Galien tendent à prouver que l'amputation du pénis était connue des anciens ; nous ne nous y arrêterons pas, car nous ne savons pas au juste quelles étaient les indications précises de l'opération, ni de quelle façon on la pratiquait.

Au VII[e] siècle, nous avons des documents ; encore ne laissent-ils pas d'être obscurs, car Paul d'Egine parle, non de cancer, mais d'hypospadias et propose la séparation de toute la partie de la verge qui est en avant du méat, moyen des plus doux et des plus sûrs, d'après Peyrilhe.

Au XVI[e] siècle, Guillaume Fabrice de Hilden, le sieur Balthazar, chirurgien ordinaire de l'hôpital Saint-François à Padoue, Fabrice d'Aquapendente et Ambroise Paré connurent et pratiquèrent cette opération ; mais c'est à Ruysch que l'on attribue généralement l'honneur d'avoir donné de l'amputation du pénis une description méthodique. Le malade avait à la verge une tumeur cancéreuse ulcérée de la grosseur du poing. Après avoir introduit une sonde dans la vessie, on étreignit la verge derrière la tumeur avec un cordonnet mince, mais très fort, que l'on serra beaucoup. Le malade supporta sans se plaindre la douleur causée par la ligature. Le lendemain on en plaça une seconde, afin d'accélérer la mortification et la chute de la tumeur, qui fut enveloppée avec le reste de la verge dans une vessie mouillée pour recevoir l'urine et empêcher la mauvaise odeur ; le 5[e] jour, tout ce qui se trouvait au-dessous

de la ligature était mort ; on le retrancha avec le bistouri, sans qu'il survînt d'hémorragie ; deux jours plus tard, on ôta la corde devenue inutile par la chute du cordon avec lequel on avait lié la verge.

La grande publicité accordée à ce procédé dans l'ouvrage : *Observationum anatomico-chirurgicarum centuria de 1691*, les considérations de l'auteur le firent accepter par Heister, par Pasquali et Philippe del Riccio, par Bertrandi ; mais vers la fin du XVIII[e] siècle, la ligature commença à perdre du terrain et elle fut mise en usage pour la dernière fois en 1828 par Græfe de Berlin et Binet.

C'est à Ledran que revient l'honneur d'avoir réhabilité l'emploi de l'instrument tranchant dans l'amputation de la verge en 1730 ; d'ailleurs, à cette époque, une réaction contre la ligature commençait à s'établir. Pallucci avait prononcé contre elle un véritable réquisitoire : « Aussitôt qu'on a fait l'amputation, l'augmentation du mal est empêchée ; la douleur est passagère et l'inflammation n'est pas si considérable, comme celle qui arrive par la compression de la ligature. D'ailleurs l'écoulement des humeurs qui suit l'amputation peut faciliter la sortie des particules attaquées, s'il y en a, au dessus de l'endroit où l'on a coupé. La ligature n'a pas cet avantage, au contraire ; il faut qu'elle soit extrêmement serrée pour affaisser tous les vaisseaux qu'elle embrasse ; car, s'il y en a quelques-uns qui ne soient pas assez comprimés, cela peut suffire pour infester tout le corps, en admettant à la circulation de la matière qui vient de se corrompre et où le venin, quand c'est lui qui a produit la maladie, est concentré. »

L'ablation de la verge n'est donc pas une opération nouvelle ; mais elle n'avait pas été pratiquée d'une façon assez suivie pour être entrée dans le domaine chirurgical, dans le XVIII[e] siècle. En 1791, Boyer en France et quelques années plus tard, Hey en Angleterre, publièrent des travaux qui dissipèrent les

craintes des chirurgiens en envisageant l'opération sous son véritable jour. On peut dire que Boyer posa les règles fondamentales de l'amputation en réglant minutieusement tous ses temps que, ni les ans ni l'expérience n'ont sensiblement altérés. A l'amputation par le bistouri se rattachent les noms de Chicoineau et Soulier, Blandin, Barthélemy, Richet, Malgaigne, Ricord, Delpech et Bouisson.

Mais la ligature et l'instrument tranchant ne sont pas les seuls moyens de diérèse. Bonnet et Chassaignac ont, chacun de son côté, inventé une méthode. Celle proposée par Bonnet est l'amputation par le fer rouge ; on ne saurait lui en contester la priorité, bien qu'on ait retrouvé dans les auteurs quelques plaidoyers en faveur de cette pratique. Tulpius, Jacques Pérussin, Marc-Aurèle Séverin y font allusion ; Bartholin est plus explicite, car il indique dans quel cas le cautère devra être employé. Quoi qu'il en soit, l'honneur de la méthode revient au professeur de l'Ecole de Lyon ; M. Hervier, son interne, publia en 1849, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un mémoire très détaillé des résultats obtenus, mémoire qui contribua beaucoup à faire adopter par les professeurs lyonnais la pratique de Bonnet ; disons en passant que le même chirurgien avait tenté l'emploi des caustiques potentiels, auxquels il renonça bientôt. Au lieu du cautère simple, Sédillot, en 1869, employa le galvano-cautère ; Ollier, les chirurgiens anglais et allemands l'imitèrent. Les Archives de Langenbeck contiennent un travail de M. Zielewiez, comprenant l'analyse de 50 amputations par l'appareil Middelpdorf. Les arguments invoqués par ce dernier auteur en faveur de l'anse galvano-caustique appliquée à l'amputation de la verge sont nombreux et variés. L'absence d'hémorragie nous paraît être son principal avantage. Mais en regard il faut placer ce fait grave que la mort par pyohémie n'a pas été observée moins de 8 fois sur 50 opérations.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire le mode opératoire tel que Bonnet le décrit en détail : « Après avoir disposé cinq à six fers cutellaires très volumineux sur un réchaud, on procède à l'anesthésie ; le sommeil obtenu et des compresses imbibées d'eau froide étant disposées en dedans des cuisses et sur la région hypogastrique et périnéale, un aide tend la verge en la saisissant par son extrémité libre avec une ou plusieurs pinces de Museux. Cela fait, le chirurgien trace avec de l'encre, sur la peau de la verge, en arrière du mal, une ligne circulaire destinée à lui servir de guide pour la section qu'il va accomplir ; puis, se plaçant à gauche du malade et s'armant de la main droite d'un fer rougi à blanc il l'applique sur le dos de la verge. La section de la peau et de la cloison fibreuse sous-cutanée exige toujours l'emploi de plusieurs fers rouges et se prolonge 2 ou 3 fois plus que le reste de l'opération. Cette section accomplie, le cautère actuel est enfoncé lentement dans les corps caverneux, afin de provoquer une constriction dans les vaisseaux et de coaguler le sang dans leur intérieur avant d'en faire la section. Le reste de la cloison et la peau de la face opposée de la verge étant ensuite sectionnés, l'opération se trouve terminée sans hémorrhagie. » Les conséquences d'une semblable intervention, ajoute l'auteur, sont généralement les suivantes : le lendemain le soir même quelquefois du jour de l'opération, les malades peuvent uriner sans difficulté. Au 8e jour, l'eschare commence à se détacher ; elle tombe quelques jours après. »

Le thermocautère simplifie aujourd'hui cette opération.

Vient enfin la méthode de Chassaignac. L'illustre chirurgien devait forcément appliquer l'instrument dont il était l'inventeur sur un organe qui se prête tant à l'anse de l'écraseur. Voici comment Chassaignac décrit les différentes manœuvres nécessitées par l'opération : « On commence par placer dans l'urèthre une sonde d'un bon volume et à parois

peu épaisses ; on a soin que cette sonde pénètre dans la vessie. Après l'introduction de la sonde, on fait refouler par un aide les téguments de la partie saine vers la racine de la verge. Le chirurgien prend une aiguille longue et forte, se terminant en fer de lance et parfaitement acérée à son extrémité. Au moyen de cette aiguille, il perce de part en part le canal de l'urèthre et la sonde qui, ainsi retenue, ne peut plus ni avancer ni reculer. On prend une très forte ligature, on la noue solidement autour de la verge, immédiatement au-devant de l'aiguille, afin de pédiculiser le point où devra porter l'écraseur. L'instrument est alors appliqué et l'on sectionne complètement la verge et la sonde contenue dans l'urèthre. Celle-ci reste parfaitement visible à la surface de la coupe du pénis ; dès lors plus de difficultés pour chercher et retrouver l'urèthre ; saisissant enfin avec des pinces la paroi de la sonde uréthrale dans le lieu où elle a été divisée par l'écraseur, on la ramène extérieurement de toute l'étendue nécessaire pour la fixer par les moyens connus et l'empêcher de tomber dans la vessie. » Chassaignac reconnaît à son procédé deux avantages principaux : 1° il prévient l'hémorrhagie par son mode particulier d'action ; 2° il amoindrit considérablement les chances de phlébite et de suppuration prolongée..

En résumé, quatre méthodes sont en présence pour l'amputation de la verge :

1° la ligature ;
2° la section par l'instrument tranchant ;
3° la section par les caustiques tant actuels que potentiels ;
4° la section par l'écraseur linéaire de Chassaignac.

Chemin faisant, nous avons décrit, d'après les chirurgiens qui les ont inventées, la ligature, la méthode de Bonnet de

Lyon, celle de Chassaignac. Nous n'y reviendrons pas, car nous recherchons le meilleur moyen d'amputer la verge près du pubis ; or, si ces trois procédés sont bons quand il s'agit d'une amputation dans le tiers antérieur ou la moitié de l'organe, on ne les applique guère quand il faut pratiquer l'extirpation totale du pénis. Nous avons donc à examiner en détail les méthodes d'amputation par le bistouri, voir les divers procédés mis en usage, les examiner en détail, afin de voir de quels reproches ils sont passibles.

AMPUTATION DE LA VERGE PAR INSTRUMENT TRANCHANT

Dans sa forme la plus simple, cette opération consiste essentiellement à sectionner d'un seul coup la verge dans toute son épaisseur; puis, après avoir jeté quelques ligatures, à laisser la plaie se fermer par un travail plus ou moins long de cicatrisation. Mais sur cette donnée très simple, que de modifications, que de procédés et de sous-procédés ont été successivement adoptés !

Les instruments nécessaires pour pratiquer l'amputation de la verge sont un bistouri droit un peu long, une pince à ligature, un ténaculum, des fils cirés, une sonde de gomme élastique, des liens pour la fixer, un linge fin et troué enduit de glycérine, des compresses longuettes, un bandage en T double, enfin les accessoires ordinaires pour éponger ou arrêter le sang. On aura rarement besoin du thermocautère ; des poudres astringentes seront quelquefois utiles et plus encore le perchlorure de fer.

Le pénis ayant été rasé, le malade sera horizontalement couché à plat sur un lit, et le chirurgien se placera à son côté gauche. Le malade aura uriné avant l'opération, précaution utile, sinon indispensable.

Les procédés qui dérivent du procédé de Boyer sont destinés : les uns, comme ceux de Schrœger et de Langenbeck, à faciliter l'hémostase ; les autres, ceux de Barthélemy, de Verneuil, à faciliter la recherche de l'urèthre ; Malgaigne, Melchior

Robert, Demarquay se sont occupés de prévenir le rétrécissement du nouveau méat. Mais, comme tous ces procédés se rapportent à l'amputation dans la continuité, nous ne nous en occuperons pas et nous dirons seulement un mot de la méthode de Boyer pour l'extirpation totale du pénis.

PROCÉDÉ DE BOYER

Quand on est obligé de couper la verge au ras du pubis et si la peau n'est pas très mobile sur les corps caverneux, Boyer conseille, au lieu de couper la peau en même temps que les corps caverneux, d'inciser cette membrane circulairement à 3 ou 4 lignes au-dessus de l'endroit où l'on veut amputer la verge et de couper ensuite les corps caverneux et l'urèthre au niveau de la lèvre inférieure de la plaie circulaire faite à la peau.

Jusqu'à Delpech (de Montpellier), personne ne s'était préoccupé d'éviter dans la mesure du possible les inconvénients qui résultent de la section de l'urèthre au voisinage du scrotum. En 1832, ayant à traiter un malade admis à l'hôpital Saint-Eloi, pour un cancer très étendu de la verge et qui exigeait l'extirpation de cet organe, Delpech, pour parer à la gêne de la miction et aux érythèmes qui font rarement défaut dans ces cas, eut l'idée, après avoir coupé le pénis à son insertion pubienne, de fendre le scrotum d'avant en arrière et de réunir les deux moitiés de cette enveloppe tégumentaire de manière à enfermer chaque testicule dans une poche isolée. Les deux organes étaient ainsi séparés par une fente au fond de laquelle aboutissait le canal de l'urèthre. — L'opération eut un plein succès et lorsque la cicatrisation fut terminée, le malade, écartant les deux moitiés du scrotum, pouvait uriner

sans difficulté, par un jet libre et direct, n'exigeant pas la position accroupie.

Les chirurgiens n'imitèrent pas Delpech de longtemps. Mais, en 1844, un fait de ce genre se présenta au même hôpital dans le service du professeur Lallemand, qui fit une opération identique à celle de Delpech, suivie également d'un résultat favorable.

En 1855, Bouisson exécuta de nouveau cette opération en la modifiant légèrement L'observation se trouve dans la *Gazette médicale de Paris*, de 1860 ; nous la reproduisons.

OBSERVATION PREMIÈRE

(PROFESSEUR BOUISSON)

Cancer de la totalité de la verge. — Amputation de cet organe. — Incision médiane du scrotum. — Formation d'un sac distinct pour chaque testicule.

X..., âgé de 50 ans, marchand de peaux à Toulon, né à Abric (Hautes-Alpes), est entré à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, le 2 février 1855. La maladie qui a nécessité son voyage à Montpellier consistait en une masse énorme de végétations ulcérées siègeant sur le prépuce, le gland et le fourreau de la verge.

Un ichor fétide, sanguinolent, s'écoulait de la surface de cette tumeur mamelonnée et creusée d'anfractuosités inégales et profondes. La couleur des tissus était grisâtre dans certains points et rougeâtre à la périphérie. Des douleurs lancinantes traversaient la tumeur, dont la résistance assez grande présen-

tait, dans certains points, une dureté presque cartilagineuse.

La verge, réduite à une sorte de pédicule formé par une faible portion des corps caverneux, était comme coiffée par cette production morbide, efflorescente et ne conservait la souplesse qu'au voisinage de la symphyse pubienne. Ce malade avait eu plusieurs maladies syphilitiques auxquelles on avait opposé un traitement convenable. Aucune manifestation syphilitique ne coexistait avec cette altération du pénis, où tous les caractères du cancer se trouvaient au contraire réunis, tant en ce qui concerne l'aspect même de la lésion que sous le rapport des témoignages recueillis par l'examen microscopique. Les cellules réputées caractéristiques avaient été en effet retrouvées dans une exploration spéciale.

La maladie développée pendant que le malade avait fait un séjour à Toulon, durait depuis plus d'un an ; elle s'était montrée rebelle à divers traitements locaux et généraux, même à l'iodure de potassium. L'opération, se présentant comme la seule chance de salut, fut pratiquée le 15 mars 1855, de la manière suivante :

Le malade, placé sur le lit, comme pour l'opération de la taille, fut soumis au chloroforme. Une incision médiane, parallèle au raphé du scrotum, le divisa dans toute son étendue, depuis la base de la verge jusqu'au périnée. Cette incision fut prolongée jusqu'au canal de l'urèthre, qui fut trouvé épaissi, induré jusqu'au bulbe ; les deux moitiés du scrotum et les testicules ayant été écartés par des aides, pour mieux isoler la base de la verge, un coup de bistouri rasant le pubis, en inclinant en bas et en arrière, emporta cet organe et la tumeur cancéreuse, en sorte que la surface d'incision des corps caverneux et surtout du canal de l'urèthre se trouvait profondément placée dans la rainure résultant de la section médiane du scrotum.

Les divisions de l'artère honteuse interne furent liées ainsi

qu'une artère du dartos ; puis chaque moitié de la poche scrotale fut rapprochée par les bords antérieurs et postérieurs, de manière à former à l'un et à l'autre testicule une enveloppe isolée ; des points de suture multipliés servirent à soutenir le revêtement spécial donné à chaque glande séminale, que la contraction de ce nouveau scrotum refoulait vers le canal inguinal. Une sonde fut en dernier lieu introduite dans le canal de l'urèthre et fixée par des mèches de coton, rattachées elles-mêmes à un lien de même nature passant à la partie interne des cuisses et ramené circulairement au-dessus du bassin.

L'ensemble de la disposition nouvelle assimilait la forme du scrotum à celle de la vulve, au fond de laquelle se trouvait l'orifice du canal de l'urèthre. (Potion laudanisée à prendre par cuillerées.)

Le malade fut placé dans son lit, les cuisses fléchies, les genoux relevés et le double scrotum soutenu par la charpie, dont une partie était engagée dans la scissure du scrotum.

Le lendemain, à l'aide de points de suture, la muqueuse uréthrale fut fixée à la peau ambiante, ramenée par glissement jusqu'au contour de l'urèthre ; mais la suppuration se manifesta et il ne fut pas possible d'obtenir la réunion cutanéo-muqueuse. Toutefois, lorsque le malade fut guéri, il urinait facilement en écartant un peu les deux moitiés de la poche cutanée. Il pouvait rester debout ou s'accroupir comme les femmes pour émettre son urine. »

Dans un autre cas, Bouisson fit d'abord la section de la verge près du pubis et termina par la division médiane du scrotum. Enfin, il compléta l'opération par la suture cutanéo-muqueuse.

J. Roux, de Toulon, ignorait sans doute les opérations pratiquées par les chirurgiens de Montpellier, lorsqu'il publia, dans le tome IV de la *Gazette hebdomadaire*, la description

d'un nouveau procédé pour l'amputation de la verge à sa racine. Le mode opératoire est absolument le même.

Quoi qu'il en soit, ce procédé est essentiellement différent des autres en ce sens que, tandis que dans les premiers on attaque la partie supérieure du scrotum, l'on crée une cavité au fond de laquelle se trouve l'urèthre, dans celui-ci, on attaque le scrotum par sa partie inférieure, on sépare les testicules et on obtient, après l'opération, une fente permanente, au fond de laquelle se trouve le canal uréthral. Dans ce procédé, on agrandit le champ du traumatisme.

Le malade, placé sur le bord gauche du lit, est rasé, puis soumis à l'action du chloroforme ; l'opérateur, situé à son côté gauche, fait relever les bourses par un aide, et pratique avec un bistouri convexe, en dehors du raphé périnéal et de la cloison du dartos (au côté droit ou au côté gauche), une incision qui, commençant immédiatement au-dessous des bourses, divise celles-ci, contourne ensuite la verge, en décrivant sur les deux côtés de la peau qui la recouvre une courbe à convexité regardant le gland et se termine au pubis, sur la ligne médiane. Après cette incision, superficielle d'abord, bientôt rendue profonde par une dissection convenable et qui ne laisse qu'un seul testicule flottant dans ses enveloppes propres, on écarte les bourses, comme un livre que l'on ouvre, et désormais il est facile d'isoler les corps caverneux et d'apercevoir le point exact où l'on veut les couper, de reconnaître le canal de l'urèthre distendu ou non par une sonde, de l'y disséquer, d'y préciser les limites du mal, de le diviser au besoin sur un point reculé, de lier les artères sans perdre beaucoup de sang et de fixer où l'on veut l'ouverture uréthrale.

Bouisson recommande, pour fixer la sonde, le procédé suivant :

Deux cordonnets de coton filé sont attachés à la sonde de manière à obtenir quatre chefs. Ceux-ci, portés obliquement

dans une direction divergente, deux vers l'abdomen, deux vers les cuisses, vont s'attacher à un autre cordonnet, dont le plein, posé sur la région hypogastrique, est ramené circulairement à droite et à gauche, au-dessous des os iliaques et derrière les lombes, où les chefs se croisent pour être ensuite ramenés obliquement en avant et en dedans des cuisses, dont elles embrassent la base dans une espèce d'anse, pour se terminer en remontant à la partie qui entoure l'abdomen. Les chefs supérieurs attachés à la sonde vont prendre un point d'appui sur le cordon circulaire abdominal et les chefs inférieurs sur les anses qui entourent les cuisses. De cette manière, la sonde, retenue dans toutes les directions, est invariablement arrêtée dans le canal de l'urèthre et le malade n'est nullement gêné par les cordons de coton qui servent, soit à l'attache, soit au point d'appui.

En 1876, Cabadé, de Valence, pratiqua l'extirpation totale de la verge, dans un cas où le cancer était si étendu que le sacrifice absolu de la verge et du corps spongieux de l'urèthre était nécessaire.

L'opération fut faite de la manière suivante : « Une sonde en gomme fut, non sans peine, introduite par l'urèthre dans la vessie, puis, la verge étant relevée sur le ventre, une incision courbe à concavité supérieure, fut pratiquée sur le scrotum, au dessous de la verge, embrassant la racine des corps caverneux. Partant de cette incision, le chirurgien disséqua toute la face inférieure du corps spongieux jusqu'à son union avec la portion membraneuse de l'urèthre. Une seconde incision fut alors pratiquée au-dessus de la racine de la verge, entre elle et la symphyse pubienne. La partie supérieure du pénis fut disséquée, le ligament suspenseur sectionné, et l'on put ainsi arriver jusqu'à la partie antérieure de la région membraneuse. Pour terminer l'opération, on ponctionna d'arrière en avant avec un bistouri étroit la portion membra-

neuse de l'urèthre ; une chaîne d'écraseur fut passée à travers la boutonnière ainsi pratiquée, en contournant la partie latérale de la sonde introduite dans l'urèthre ; les deux moitiés de la circonférence de l'urèthre ainsi que les tissus qui adhéraient encore aux parties latérales du corps spongieux soit à droite, soit à gauche, furent successivement sectionnées par la constriction graduelle de la chaîne, qu'on avait soin de maintenir le plus près possible de la branche ascendante de l'ischion. »

En 1878, dans un intéressant rapport qu'il fit à la Société de chirurgie sur cette observation, Berger, après avoir répété l'opération sur le cadavre, proposa de combiner le plan d'opération suivi par l'auteur avec la méthode des chirurgiens de Montpellier, Delpech, Lallemand, Bouisson. En prenant la précaution de diviser d'abord d'avant en arrière le scrotum en deux moitiés renfermant chacune un testicule, l'opération serait, d'après Berger, plus facile à exécuter.

C'est à peu de choses près ce que fit Pearce Gould, dans un cas qui a été publié dans *The Lancet* de 1882 et que nous reproduisons, d'après Barth, dans la *Revue des sciences médicales* de 1883.

OBSERVATION II (Pearce Gould)

(Résumée)

Un homme de 33 ans, faible et d'une chétive santé, se présente à l'hôpital de Westminster, le 9 mars 1882 : il était atteint d'un épithélioma ulcéré du gland et du prépuce avec destruction étendue de l'un et de l'autre organe ; le corps

du pénis, très augmenté de volume, offrait une dureté pierreuse qui s'étendait jusqu'à la racine des bourses ; pas de ganglions inguinaux engorgés, aucun signe d'affection viscérale.

Le 11 mars, le malade étant chloroformé et placé dans la position de la taille, Gould commença l'opération en incisant la peau du scrotum sur toute la longueur du raphé, puis avec le doigt et le manche du scalpel, il sépara entièrement les bourses l'une de l'autre jusqu'au niveau du corps spongieux de l'urèthre, qui se montra bientôt à découvert. Un cathéter fut alors introduit dans le canal et permit de faire passer le bistouri par transfixion entre le corps caverneux et le corps spongieux ; le cathéter fut retiré et l'urèthre sectionné transversalement ; puis le bout profond fut disséqué avec soin jusqu'au niveau du ligament triangulaire. Cela fait, une incision circulaire fut pratiquée à la peau sur la racine du pénis ; le ligament suspenseur fut mis à nu et sectionné et la verge détachée entièrement, sauf à son union avec la racine des corps caverneux ; ces derniers enfin furent séparés de leur insertion sous l'arcade du pubis, à l'aide d'une forte rugine de l'urèthre, opération qui exigea un certain temps en raison de la solidité des adhérences. Deux artères seulement, celles des corps caverneux, avaient nécessité des ligatures et l'écoulement sanguin avait été insignifiant.

Le corps spongieux de l'urèthre fut fendu longitudinalement dans l'espace d'un centimètre et demi et ses lambeaux suturés à l'extrémité postérieure de l'incision scrotale ; puis le scrotum lui-même fut suturé dans toute sa longueur, après qu'on eut placé un tube à drainage dans la profondeur de la plaie et fait sortir les deux extrémités en avant et en arrière.

On ne mit pas de sonde à demeure. Le malade, quoique très faible et âgé, supporta l'opération à merveille et la cicatrisation se fit régulièrement en six semaines ; il y eut de l'incontinence

d'urine pendant les cinq premiers jours, puis la miction redevint normale ; pas d'œdème du scrotum.

Présenté deux mois après à la Société clinique de Londres, le malade offrait un orifice uréthral large, situé sur le périnée, immédiatement en arrière du scrotum. Celui-ci était entier, avec une cicatrice linéaire médiane ; on ne découvrait aucune trace du pénis.

Nous trouvons dans le *New-York medical journal* du 24 septembre 1883, les deux observations suivantes que nous avons traduites :

Deux cas d'amputation du pénis avec transplantation de l'urèthre dans le périnée à la suite d'épithélioma, par John Wyeth, professeur de chirurgie à la polyclinique de New-York.

OBSERVATION III

(Traduite de l'Anglais)

F. F., âgé de 56 ans, d'origine allemande, marié, ébéniste, se présenta le 5 mars 1883, à ma clinique, à la polyclinique de New-York, envoyé vers moi par le Dr Pfeiffer de cette ville.

Nous donnerons l'histoire suivante de ce cas : Dix semaines avant, F. remarqua une élevure sur le prépuce, qui avait toujours été adhérent au gland. Il niait toute maladie vénérienne et la possibilité d'une contagion quelconque. De cette élevure

initiale, le mal s'était répandu, lentement d'abord, mais ensuite plus rapidement dans les deux semaines antérieures à son entrée à la polyclinique.

Le tiers antérieur du pénis était très gonflé et sur un côté, à un pouce et demi environ du méat, on remarquait une perte de substance d'aspect phagédénique, par laquelle le jet de l'urine s'échappait en entier. Les ganglions inguinaux et lombaires étaient légèrement engorgés et la peau du malade présentait une couleur jaunâtre pâle.

On porta le diagnostic d'épithélioma, diagnostic qui fut ultérieurement confirmé par mon collègue le Dr Guster et mon ami le Dr E.-A. Banks, dont la grande expérience dans les maladies des organes génito-urinaires a été pour moi du plus grand secours. L'amputation fut décidée pour les motifs suivants : La mauvaise odeur provenant de la perte de substance était excessivement désagréable ; on se demandait si les ganglions étaient engorgés à la suite de l'inflammation ou à la suite d'une métastase. La santé du patient était gravement compromise par le mal et on supposait que sa vie serait prolongée par l'opération.

L'opération fut faite devant la classe de chirurgie à la polyclinique, dans la salle d'opérations de l'hôpital du Mont-Sinaï, le 18 mars 1883. Le procédé employé fut celui qui est décrit par Humphrey dans la Chirurgie de Holmes. Une ligature fut jetée autour de la verge tout près du pubis et le pénis fut coupé aussi près que possible de la ligature. Les vaisseaux sanguins des corps caverneux ayant été liés, le scrotum fut transpercé au périnée et le canal de l'urèthre, disséqué entre les corps caverneux, sur une longueur d'un pouce et demi environ. Alors le canal fut renversé à travers le scrotum jusqu'au périnée, où l'extrémité fut fendue sur sa face supérieure, sur une longueur d'un pouce et demi et les bords furent cousus à l'incision périnéale.

Le scrotum fut relevé et fixé au tégument du pubis, recouvrant ainsi complètement le tronçon du pubis. Un drain fut passé à travers le scrotum de l'incision supérieure de la partie située plus bas du canal de l'urèthre s'ouvrant au périnée.

La température, qui était à 102,4° Farenheit antérieurement à l'opération, était à 102,2° quatorze heures après et s'abaissa graduellement jusqu'à 99°. La plaie guérit rapidement ; le malade sortit de l'hôpital le 14 mai et put reprendre son travail en juin. Je l'ai vu quelques semaines après cette époque et pus constater que les ganglions avaient un volume normal ; de plus la peau avait pris une coloration bien meilleure et le malade avait gagné en poids et en force ; désormais il se regardait comme guéri. Il urinait librement à travers l'ouverture nouvelle et se trouvait parfaitement à l'aise. Depuis ce temps, je n'ai plus entendu parler de lui ; il a changé de domicile sans me le faire savoir.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'on avait eu affaire à un épithélioma.

OBSERVATION IV

G. D., âgé de 38 ans, né à New-York, marié, exerçant la profession de boucher. Il vint à la visite à l'hôpital du Mont-Sinaï le 12 septembre 1883. Il niait catégoriquement toute maladie syphilitique. L'arc sénile était parfaitement marqué. Les antécédents héréditaires étaient négatifs. Il avait un phimosis congénital, et depuis plusieurs années, il avait remarqué une élevure sur le bord muqueux de l'orifice préputial. Neuf

mois avant, une certaine quantité de pus s'écoula de la plaie dont l'étendue, cependant, n'augmenta que cinq mois plus tard ; alors elle gonfla énormément, devint douloureuse et sécréta une quantité considérable de pus fétide.

Au moment de l'entrée de G. D. à l'hôpital, la tumeur avait deux pouces de diamètre, occupait la moitié antérieure de l'organe ; elle avait l'aspect ordinaire de chou-fleur et exhalait une odeur pénétrante et désagréable. Le malade éprouvait de la douleur, excepté dans le décubitus dorsal et une sensation de brûlure pendant les efforts de la miction, efforts qui étaient prolongés et n'aboutissaient pas. Les ganglions inguinaux n'étaient pas remarquablement engorgés. Des lavages désinfectants furent prescrits ; l'opération fut décidée et faite le 18 septembre.

L'opération fut pratiquée exactement de la même manière que dans le cas précédent. Un rétrécissement très accentué fut trouvé dans la portion membraneuse de l'urèthre ; on le dilata.

Dans la nuit qui suivit l'opération, le tube à drainage put sortir de l'orifice de l'urèthre transplanté, permettant ainsi à l'urine de se répandre et de s'infiltrer dans le scrotum, accident qui causa finalement des mortifications étendues des tissus entre les deux tuniques vaginales. La température monta le deuxième jour à 104° Farenheit et descendit ensuite progressivement jusqu'à la normale.

Le traumatisme et les mortifications guérirent rapidement et le malade sortit en bonne santé le 28 octobre.

Le 11 novembre il se représenta devant la classe à la polyclinique ; la plaie était parfaitement guérie, l'embonpoint et la force étaient revenus, l'urine passait aisément sans causer le moindre désagrément. G. D. nous annonça qu'il avait repris son métier de boucher.

DES SUITES DE L'AMPUTATION DU PÉNIS

CRITIQUE DES ANCIENS PROCÉDÉS

Nous venons de passer en revue les diverses méthodes d'amputation du pénis imaginées par les chirurgiens pour assurer, autant que possible, le succès de cette opération. Nous allons voir maintenant les complications qui peuvent survenir après cette amputation. Sur les 134 faits de cancer de la verge cités par Demarquay, les suites de l'opération ont été indiquées 30 fois ; les unes ont été observées pendant le cours du traitement, les autres à une époque plus ou moins éloignée de la guérison de l'opération.

Pendant le cours du traitement on a constaté :

1.	L'hémorrhagie	2 fois
2.	Le tétanos.	1 —
3.	L'érysipèle de la verge	3 —
4.	— — avec gangrène du scrotum	2 —
5.	L'érysipèle gangréneux de la verge et du scrotum	2 —
6.	L'infiltration urineuse et la gangrène . .	2 —
7.	Rétrécissement de l'urèthre.	5 —
8.	Phlébite et infection purulente	0 —
9.	La disparition de l'engorgement inguinal.	2 —

Après la guérison de l'opération :

1.	La rétraction du moignon	1 fois
2.	— de l'orifice uréthral avec abcès et fistule du moignon.	1 —
3.	Engorgement des ganglions inguinaux.	6 —
4.	Récidive de la maladie.	8 —
5.	Généralisation de l'affection	1 —
6.	Aggravation de l'état général	2 —

De toutes ces complications, nous retiendrons seulement celles qui sont imputables aux procédés que nous avons étudiés.

Le premier inconvénient que l'on est à même d'observer avec les anciennes méthodes est la rétention d'urine. La plaie que le chirurgien a faite pour enlever la verge au ras du pubis est profonde, plus ou moins en forme d'entonnoir ; il en résulte une position toute particulière et désavantageuse pour le nouveau méat urinaire qui se trouve sous-jacent au pubis.

Dans ces conditions, ne doit-on pas craindre de voir survenir les réflexes si fréquents dans les traumatismes ou les opérations sur l'urèthre, réflexes dont la conséquence fréquente est la rétention d'urine, le jour même de l'opération ou les jours suivants ?

Il faut placer une sonde à demeure immédiatement après l'opération et veiller à ce que le malade ne l'enlève pas dès les premiers jours, car pour vaincre cette rétention, qui n'est pas absolument fatale, mais cependant très possible, on ne peut songer qu'au cathétérisme et l'on se trouve dans des conditions déplorables pour pratiquer cette manœuvre ; la plaie a déjà bourgeonné, ce qui a amené un rétrécissement de l'urèthre et

le méat, devenu très sensible, supportera difficilement le contact du bec de la sonde que l'on cherchera à introduire.

Dans une observation rapportée par Demarquay, il fut impossible de faire pénétrer le cathéter ; il fallut appliquer un petit morceau de potasse caustique sur le centre de l'ouverture urethrale et détacher ensuite avec des pinces et des ciseaux l'escarre produite. Le malade dut garder 68 jours la sonde.

Cet accident a donc son importance et l'on ne pourra dénier quelque supériorité à un procédé permettant de l'éviter, car le rétrécissement est plus à redouter dans l'extirpation totale du pénis que dans l'amputation pure et simple. Les délabrements sont plus vastes, le nouveau méat est entouré d'une large plaie, la rétraction cicatricielle est donc plus forte et l'on est presque en droit de dire que dans l'extirpation totale du pénis, le rétrécissement est la règle.

D'ailleurs le professeur Delpech l'avait parfaitement compris quand il imagina son procédé d'autoplastie muqueuse, procédé qui n'est pas toutefois exempt de reproches ; il est d'abord assez compliqué, et en outre, il faut pour qu'il réussisse une réunion par première intention, sans laquelle les sutures lâchent, les surfaces se désunissent et l'on a dans ces conditions à lutter contre les inconvénients des plaies bourgeonnantes et des cicatrices.

D'ailleurs aucune méthode ancienne ne met à l'abri de l'atrésie consécutive du méat ; c'est ce qui ressort de la discussion soulevée dans le sein de la Société de Chirurgie en 1864. Les chirurgiens qui y prirent part purent presque tous citer des exemples survenus dans leur pratique. Nous allons exposer les diverses opinions émises sur l'origine de cette coarctation.

Velpeau considère comme peu utiles les procédés destinés à prévenir cet accident, qu'il croit fort rare. Cependant il compte deux rétrécissements sur quinze opérations, dus l'un à l'obli-

tération cicatricielle, l'autre à l'entraînement d'un bourrelet cutané vicieusement attiré par la cicatrice.

Voillemier ne croit pas à la possibilité de prévenir cet accident. Tout dépend, dit-il, de la nature de l'affection pour laquelle on a pratiqué l'amputation, et il cite l'exemple suivant :

Un homme du service de Lenoir avait eu la verge coupée par une morsure de cheval ; survint un rétrécissement ; Lenoir enlève une rondelle du moignon. Nouveau rétrécissement qui nécessita une nouvelle opération complétée par une incision inférieure en forme de V. Pour Morel-Lavallée, c'est dans l'attrition des tissus qu'il faut chercher la cause du rétrécissement.

Broca, qui a vu un de ses malades atteint d'un rétrécissement très prononcé, croit pouvoir le mettre sur le compte d'une récidive survenue dans la plaie. Selon ce chirurgien, il faut tenir compte du siège de l'amputation. Coupé dans sa partie spongieuse, l'urèthre est soudé aux corps caverneux, et son extrémité libre doit avoir plus de chance d'être comprise en une cicatrice résistante que lorsqu'on le coupe à la base de la verge, où sa muqueuse est plus lâche et libre d'adhérence avec les parties fibreuses.

Ce serait sortir de notre sujet que d'exposer les effets généraux des rétrécissements de l'urèthre. On comprend qu'ils ne sauraient manquer de se produire chez nos opérés. Aussi n'insisterons-nous que sur les caractères particuliers qu'ils présentent dans le cas qui nous occupe.

Les malades se tiennent dans la position accroupie au moment de la miction. Ils déclarent trouver dans cette attitude un soulagement et la croient propre à favoriser leurs efforts, dont l'extrême violence produit la dilatation du canal et, d'après le docteur Jullien, la congestion pulmonaire. M. Richet parle d'un de ses malades dont, pendant les efforts de la miction, le canal se distendait et acquérait le volume du pouce. Ce n'était

qu'alors que l'urine s'échappait goutte à goutte par un orifice très étroit. L'observation IX de l'excellente thèse du Dr Jullien offre un exemple de ce genre. Le malade offrait vraiment le plus triste spectacle, quand il essayait de chasser son urine ; accroupi, cherchant un point d'appui, on le voyait pendant près d'une demi-heure se consumer en efforts presque impuissants, heureux s'il avait réussi à se débarrasser du trop plein de son réservoir urinaire !

Depuis longtemps Verneuil apprend dans ses cliniques à rechercher la congestion pulmonaire dans les affections abdominales. Aussi, dit Jullien, ne fûmes-nous pas étonné de la voir apparaître chez nos malades, sous la double influence de l'affection abdominale et des efforts qu'elle déterminait. Après avoir atteint un degré propre à faire concevoir des inquiétudes nous la vîmes disparaître presque immédiatement dès que l'écoulement de l'urine eut repris sa régularité.

Comme conséquence ultime du rétrécissement, nous signalerons l'infiltration d'urine si la sonde placée dans le canal après l'opération est enlevée trop tôt ; l'infiltration urineuse apparaît. Nous en citerons deux cas, l'un dû à Moulinié de Bordeaux, l'autre emprunté à la thèse de Demarquay.

« Michel Pommier venait de subir l'amputation de la verge ; enchanté de se trouver dans cette condition nouvelle, il ôta une bougie que j'avais placée dans le canal et sortit le lendemain de l'hôpital. L'urine ne tarda pas à s'infiltrer dans le scrotum et Pommier revient 15 jours après à l'hôpital porteur d'abcès urineux. La peau des bourses tomba en gangrène, les deux testicules, complètement divisés, reposaient sur le lit et les pièces de pansement. »

Le malade de Demarquay avait uriné dans le décubitus dorsal, de sorte que le liquide coula sur la plaie. Il survint un œdème très prononcé des bourses qui présentèrent bientôt une teinte violacée, annonçant la gangrène du scrotum ; celui-ci se

couvrit de larges phlyctènes et deux incisions profondes pratiquées de chaque côté donnèrent issue à un liquide séro-purulent d'une odeur urineuse. La peau et le tissu cellulaire de la moitié inférieure du scrotum furent complètement mortifiés et se détachèrent en larges lambeaux. L'urine s'infiltra jusque dans le flanc gauche, où sa présence fut indiquée par un empâtement du tissu cellulaire et la rougeur diffuse de la peau. Des incisions profondes donnèrent issue à du pus et à du tissu cellulaire mortifié. Les deux testicules furent mis à nu, ainsi que chez le malade de Moulinié.

Lorsque le scrotum a été détruit par la gangrène, la peau de l'abdomen, celle du périnée et des cuisses, est attirée par le travail de cicatrisation ; il se fait une véritable autoplastie par glissement, et un scrotum nouveau et tendu vient remplacer celui qui a été détruit par la gangrène. Si l'on n'a pas vite recours aux grandes incisions pour donner issue au liquide infiltré, si l'on ne soigne pas d'une façon toute spéciale les parties mortifiées, si l'on n'applique pas les règles de l'antisepsie dans toute leur rigueur, si enfin on n'a pas le soin de soutenir les forces du patient qui trop souvent est épuisé par la maladie antérieure, on peut être certain que celui-ci succombera miné par l'urine qui l'empoisonne et par une suppuration prolongée dont il n'aura pu faire les frais.

Un phénomène assez fréquent, qui est moins un accident qu'une infirmité, mais une infirmité des plus désagréables, est l'incontinence d'urine, que l'on trouve fréquemment signalée dans le livre de Godard pour les eunuques.

« Ces malheureux pissent souvent la nuit involontairement, écrit-il ; dans ce cas, M. B... leur fait appliquer un emplâtre de poix de Bourgogne et leur administre de la strychnine. » Et plus loin : « Ils sont surtout sujets à des incontinence d'urine ; M. B... les traite par la strychnine. »

Moulinié attribue cette incontinence à l'étroitesse du méat, et voici l'observation qu'il cite à l'appui :

« Crouzet, cordonnier, âgé de 24 ans, ayant subi l'extirpation de la verge pour un cancer, fut atteint quelque temps après l'opération d'une incontinence d'urine. Désespéré, n'osant plus se présenter chez ses pratiques, il parlait de mettre fin à ses jours. Le moignon était rétracté derrière les testicules. On voyait une fente en forme de vulve par où s'écoulait l'urine ; mais le tronc du pénis ne faisait aucune saillie.

Je pensai que l'incontinence pourrait fort bien tenir à la difficulté qu'éprouvait ce fluide, à cause des obstacles qu'offrait la cicatrice au bout du moignon, que son expulsion n'étant jamais complète, il en résultait un regorgement dans la vessie et consécutivement un engorgement perpétuel. »

Pourra-t-on, dans des conditions aussi désavantageuses, rechercher la réunion immédiate, un des plus beaux résultats de la méthode antiseptique, permettant à un blessé de guérir, en quelques jours et sans accidents, des délabrements les plus étendus ? Avec les anciens procédés, la réunion est impossible ; car il faut avant tout que le malade urine, et pour qu'il puisse le faire, il est nécessaire que la plaie et le nouveau méat soient à découvert.

En admettant qu'on ait placé toutes les pièces de pansement pour laisser passer la sonde, l'urine ne s'écoulera-t-elle pas entre le canal et la sonde? De là elle ira baigner une plaie qui est loin d'être nette, comme celle qui résulte de la taille périnéale, par exemple, dans laquelle on voit rarement se produire l'infiltration urineuse. La plaie est irrégulière, vaste en surface, en forme d'infundibulum, au fond duquel vient s'ouvrir l'urèthre.

Ce n'est pas tout : L'antisepsie ne peut être rigoureusement

maintenue. Nous admettons que le malade n'enlève pas son pansement pour uriner ; mais dans cette plaie profonde, cavitaire, créée par le chirurgien, si quelques gouttes d'urine séjournent, la plaie s'infectera avec une rapidité prodigieuse, et l'on verra se succéder à bref délai tous les accidents des plaies empoisonnées, la phlébite, sur laquelle Lisfranc attire l'attention, l'érysipèle, l'infection purulente, etc., et ces accidents, ces complications, sont autrement redoutables ici que dans d'autres régions, car l'opération a mis à nu l'origine des corps caverneux ; une partie du bulbe uréthral reste habituellement dans le fond de la plaie. Or on sait combien étaient fréquents, avant l'emploi des antiseptiques, les accidents pyohémiques résultant de la suppuration des organes érectiles. Philippeaux, en 1856, Verneuil, en 1864, en ont parlé longuement.

Tout ce que nous venons de décrire se rapporte à quelques complications observées pendant le traitement ; voyons ce qui se passe ordinairement après la guérison de l'opération.

Après la guérison, on a noté la rétraction du moignon, l'engorgement des ganglions inguinaux et la récidive, la généralisation de l'affection, l'aggravation de l'état général. Quelque procédé que l'on emploie, on ne se mettra pas à l'abri de ces accidents; toutefois nous nous arrêterons sur l'émission de l'urine après l'amputation de la verge et l'influence du procédé sur la récidive.

De l'émission des urines après l'amputation de la verge. — Lorsque le moignon de la verge conserve une certaine longueur, les malades poussent leur urine au loin, à peu près comme dans l'état de parfaite intégrité. Ils n'ont besoin d'aucun moyen mécanique pour favoriser l'éjection de ce liquide. Mais lorsque l'ablation a été faite près du pubis, il en résulte

que le malade est obligé de s'accroupir comme les femmes pour uriner.

Pour obvier à cet inconvénient, et pour que le scrotum et les cuisses du malade ne soient pas mouillés par l'urine, A. Paré imagina une canule de buis ou de métal, de forme conique, destinée à diriger le cours de l'urine en s'appliquant par la partie la plus large sur le pubis. Ruysch faisait porter à un de ses opérés une semblable canule d'ivoire ; Louis, qui vit pratiquer une opération par son père, en 1764, rapporte « que l'on fit faire à l'opéré une canule en cuivre ; c'était un aqueduc dont il se servait pour pisser dans les rues. » Boyer dit que tous ceux à qui on a coupé le pénis très près de sa racine sont obligés de faire usage de ce moyen.

Enfin, nous supposons que le malade a mené à bien la cicatrisation de son traumatisme opératoire; mais tout n'est pas fini avec les anciens procédés. Dix-neuf fois sur vingt, c'est un cancer du pénis qui a nécessité l'extirpation de cet organe ; mais tout le monde connaît la possibilité de la récidive, soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions. Les meilleures conditions pour la récidive se trouvent réalisées dans les anciens procédés.

En effet, l'urine vient à chaque miction souiller la cicatrice : il en résulte une macération, une irritation constante de cette cicatrice. Cette dernière, constamment irritée, présentera donc un terrain tout préparé à la repullulation du cancer.

Les cicatrices ordinaires, résultant de brûlures ou autres accidents, présentent déjà une certaine disposition à la dégénérescence épithéliale. Celles qui résultent d'ablation de cancer la possèdent au plus haut degré, à plus forte raison si elles sont constamment irritées.

Ce reproche est assurément très grave ; aussi le procédé que nous allons décrire, en dérivant complètement le cours de l'urine et supprimant cette cause d'irritation de la cicatrice

opératoire, mérite-t-il la plus sérieuse attention. Le malade auquel il a été appliqué pour la première fois, opéré à l'hôtel-Dieu de Grenoble depuis bientôt un an, ne présente pas la moindre récidive.

MANUEL OPÉRATOIRE

Le pubis est rasé avec soin, la peau de la région hypogastrique et scrotale est savonnée rigoureusement et ensuite lavée au sublimé. Le malade étant endormi, tous les instruments flambés, puis trempés dans la solution phéniquée faible, le chirurgien, placé à droite du malade, commence son opération sur la ligne médiane, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la racine de la verge, au centre de la région pubienne. Pour cela il pique de la pointe du bistouri, de façon à traverser entièrement la peau. L'incision est inclinée en bas et à gauche, de façon à passer à 2 ou 3 centimètres au plus de la verge, sur le côté gauche de celle-ci. Arrivée sur le côté gauche de la racine de la verge, l'incision continue verticalement et gagne bientôt le bord gauche des bourses, qu'elle suit jusqu'à la partie la plus déclive du scrotum. A ce niveau l'incision devient transversale, suit le bord inférieur du scrotum et vient sur le côté droit.

A partir de là, elle suit le même chemin qu'à gauche, mais en remontant, et vient rejoindre le point de départ au centre du pubis. C'est, en somme, le procédé en raquette.

Jusqu'ici la peau seule a été intéressée ; à ce moment le chirurgien repasse dans la première incision, fait l'hémostase au fur et à mesure et gagne les parties profondes en se rapprochant du pubis. On extirpe donc la verge comme on fait une amputation du sein.

Bientôt on voit apparaître les racines des corps caverneux, puis le bulbe. Tous ces organes sont coupés à petits coups et

les artères pincées successivement. Sous la peau on trouve généralement des branches sous-cutanées qui viennent des honteuses externes ou de la tégumenteuse abdominale. Sur la face dorsale des corps caverneux on rencontre les deux dorsales de la verge, enfin au moment où on sectionne les corps caverneux, on voit au centre de chacun d'eux une petite artériole qui donne du sang : c'est la caverneuse d'un côté.

En somme, on peut compter en général sur six artères de petit calibre à lier. C'est beaucoup moins que ce qu'on rencontre dans un grand nombre d'amputations du sein et, lorsqu'on assiste à cette opération, on a de la peine à se figurer que l'imagination des chirurgiens se soit tant évertuée à trouver des procédés hémostatiques. L'opération peut se faire en faisant perdre au malade une cuillerée de sang à peine.

L'opération est terminée ; le pénis a été enlevé au ras du pubis, comme une tumeur, et avec lui la peau et les tissus environnants. Il reste maintenant une plaie considérable, se terminant en pointe supérieurement. Les testicules avec leurs cordons sont à nu ; l'urèthre s'ouvre au centre de la plaie, et dans sa partie la plus profonde, au-dessous de l'ogive pubienne.

C'est le moment de faire l'inspection des ganglions inguinaux : s'ils sont altérés, ce dont on s'est déjà assuré avant l'opération, il faut les enlever en faisant partir une nouvelle incision des bords de la grande plaie ; on peut au besoin faire une incision inguinale indépendante.

Les testicules doivent aussi être passés en revue ; s'ils présentent la moindre altération, il faut les enlever sans scrupule, puisque désormais ils vont être les témoins muets et tristes d'une fonction à jamais supprimée. S'ils sont sains, il est inutile de les enlever ; cela ne fait qu'aggraver le traumatisme opératoire. Et puis, la castration double amènerait forcément les troubles à distance sur le larynx, le cerveau et le

système pileux, troubles qui donnent au castrat cette physionomie de féminisme bien connue. Ces modifications extérieures auraient l'inconvénient d'attirer l'attention publique sur l'opéré et de laisser deviner une mutilation qu'on dissimule toujours.

Enfin, objection morale, bien qu'en cette occurence les testicules soient devenus inutiles, on n'a pas le droit de les enlever s'ils sont sains.

Voici donc terminée l'ablation du pénis et de tous les tissus qui lui servent de base d'implantation pubienne. L'hémostase est faite définitivement. Il suffit en général d'enlever les pinces hémostatiques, ou de faire quelques torsions. C'est alors que commence le deuxième temps de l'opération, celui où l'on s'occupe du canal.

Voici en quoi il consiste : on introduit une sonde cannelée dans le canal et on la pousse jusqu'à la région périnéo-bulbaire du canal. Elle bute à ce point, puisque c'est là que commence réellement la courbe uréthrale. Le malade est mis dans la position de la taille ; un aide tient la sonde et agissant sur elle comme sur un levier, la fait saillir au périnée en arrière du bulbe. En ce point, exactement sur la ligne médiane, le chirurgien maintient la peau de la main gauche, plonge la pointe de son bistouri et arrive d'un seul coup sur la sonde cannelée, c'est-à-dire dans l'urèthre. Il agrandit son incision sans sortir le bistouri et lui donne une étendue de deux centimètres.

Puis, saisissant la muqueuse uréthrale à travers cette boutonnière périnéale, il place une couronne de sutures en crin de Florence pour réunir la muqueuse uréthrale à la peau et transformer ainsi l'ouverture périnéale en fistule permanente.

Dorénavant la miction va s'effectuer par le périnée, et le malade n'urinera plus en avant.

La sonde cannelée a été retirée, il faut maintenant s'occuper de la grande plaie antérieure ; il s'agit de la laver, de la drainer, de la réunir. Une objection se présente. Si on ferme cette pla ie

par des sutures, ne doit-on pas craindre que quelques gouttes d'urine ne passent par le tronçon de canal étendu de la boutonnière périnéale à la grande surface cruentée ? M. Montaz s'était préoccupé de cette éventualité dans son opération et avait, à cause de cela, placé un tube à drainage sans yeux dans ce tronçon de canal. Le tube s'arrêtait en arrière au niveau de la boutonnière, en avant il sortait par un angle de la plaie et venait s'aboucher dans le pansement. Il était destiné à recueillir les quelques gouttes d'urine qui se seraient engagées dans le tronçon uréthral et à les conduire dans le pansement.

Ce détail paraissait avoir son importance et on pouvait craindre des accidents phlegmoneux redoutables produits par l'arrivée de l'urine dans la plaie fermée. Cette crainte était chimérique et le malade s'est chargé de la dissiper. Comme on avait affaire à un sourd-muet absolument atrophié cérébralement, il s'est empressé d'enlever, le jour même de l'opération, tube et pansement. Eh bien ! pas une seule goutte d'urine n'a passé par le tronçon du canal. Tout le liquide est sorti par la boutonnière périnéale et la plaie n'a été nullement contaminée.

L'urèthre étant une cavité virtuelle, on comprend qu'au moment de la miction, l'urine passe entièrement par la voie périnéale largement ouverte et ne s'engage pas au-delà, l'urèthre étant fermé par l'accolement de ses parois.

En résumé, il n'y a donc pas lieu de s'occuper de la portion d'urèthre devenue inutile. Le chirurgien termine son opération par un grand lavage de la plaie pubienne et par une suture. Pour combler cette grande surface, il suffit de saisir ce qui reste de scrotum, c'est-à-dire sa face postérieure, de l'étirer et de le ramener sur le pubis dans l'angle de la raquette.

Les testicules se trouvent de la sorte recouverts. On fixe d'abord cette peau scrotale à l'aide d'un ou deux fils placés vers la queue de la raquette. Une fois fixée on place deux tubes

à drainage : ils sortent en haut par le même orifice, au niveau de la queue de la raquette ; en bas ils divergent et sortent l'un à droite, l'autre à gauche à chaque angle de la plaie. Dernier lavage, iodoforme, pansement antiseptique. La ligne de suture a la forme d'un V renversé et c'est tout ce qui reste de l'immense plaie opératoire.

Si l'antisepsie a été rigoureuse, ce qui est plus rare qu'on ne croit, la guérison s'effectue en huit jours, sans fièvre, ni pus, ni gonflement. Le malade urine en écartant les cuisses avec un jet fort, vigoureux et vertical. Les sutures sont enlevées ainsi que les drains, vers le troisième ou quatrième jour.

Celles du périné peuvent être laissées en place plus longtemps. A ce niveau la plaie peut être recouverte avec un pansement antiseptique ordinaire que le malade enlève au moment d'uriner, ou bien on se contente de pommade boriquée ou iodoformée.

Les résultats lointains sont remarquables, la miction s'exécute très bien par le méat périnéal qui garde toujours un calibre plus que suffisant.

L'introduction de grosses sondes par ce méat est toujours facile, si le besoin s'en faisait sentir, hypertrophie de la prostate par exemple.

Enfin la cicatrice pubienne est désormais à l'abri de toute humidité, de toute irritation, et la guérison pour une longue durée se trouve dans les meilleures conditions possibles.

OBSERVATION

Dans le courant de janvier 1887, entre à l'Hôtel-Dieu de Grenoble, service du chirurgien en chef, un sourd-muet, âgé d'environ 65 ans, qui a été trouvé errant à la gare du chemin de fer, probablement abandonné par sa famille. Une enquête faite à ce sujet par l'administration hospitalière n'a pu éclairer en rien son lieu d'origine.

En faisant un examen de ce malade, M. Montaz découvre sur sa verge des altérations très graves et très caractéristiques. Cet organe est augmenté de volume dans sa partie moyenne et présente une forme en fuseau. Le prépuce en état de phimosis est détruit par une ulcération qui s'étend à une partie du gland. Cette ulcération est de mauvais aspect, à bords irréguliers, décollés; son fond a une couleur rouge-grisâtre, peu végétante. La sécrétion en est sanieuse, séro-sanguinolente. Quelques croûtes noirâtres la recouvrent en certains points.

Si on pratique le palper de cette production anormale, on sent que l'ulcération recouvre des tissus indurés, donnant une sensation très nette de néoplasme épithélial. Cette induration s'étend sur toute la verge jusqu'à sa racine. En déprimant la peau au niveau de la racine de la verge, on sent très nettement que cette induration s'arrête au niveau du pubis, sans contracter d'adhérence avec cette portion du squelette, sans se prolonger au-dessous de lui le long des racines des corps caverneux.

Le scrotum est sain, sauf au niveau de la racine de la verge, où il est un peu induré. Il y a de petits ganglions inguinaux, mais ne présentant nullement le caractère de l'infection cancéreuse.

La miction s'exécute normalement ; l'état général est bon. Le sujet est amaigri ; mais cet état paraît lié à son tempérament robuste sans tendance adipeuse. Il ne paraît pas souffrir.

Diagnostic : épithélioma de la verge.

Au point de vue opératoire, on ne pouvait songer à une amputation ordinaire de la verge, puisque le mal s'étendait jusqu'à sa racine. Il fallait à tout prix extirper l'organe dans sa totalité. Mais alors la miction allait devenir extrêmement défectueuse.

C'est alors que M. Montaz eut l'idée de l'opération en deux temps : extirpation du pénis sur le pubis comme une tumeur ; ouverture d'un méat artificiel périnéal avec suture cutanéo-muqueuese pour rendre persistante la fistule.

Cette opération ainsi réglée, fut exécutée ponctuellement, et aujourd'hui, plus d'un an après, le malade urine très facilement par son périnée et ne présente pas la moindre trace de récidive.

L'examen histologique, fait au laboratoire de l'Ecole de Médecine de Grenoble, a démontré l'existence d'un épithélioma

CONCLUSION

Après avoir passé en revue les divers procédés anciens employés pour l'extirpation totale de la verge, et tout en rendant à leurs différents auteurs la plus ample justice pour leurs travaux, nous sommes forcé, avec Delpech, de reconnaître que la section du pénis au voisinage du scrotum offre de graves inconvénients.

Ces inconvénients, pour ne citer que les principaux, sont : la rétention de l'urine, l'infiltration urinaire et le rétrécissement du nouveau méat.

Aussi le procédé du Dr Montaz, en dérivant complètement le cours de l'urine et supprimant toutes ces causes, mérite-t-il la plus sérieuse attention.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lisnard. — Variétés du cancer du pénis sous le rapport de l'anatomie pathologique. Thèse de Paris, 1842.

Demarquay. — Maladies chirurgicales du pénis, 1877.

Bouisson. — Tribut à la chirurgie.

Jullien. — De l'amputation du pénis. Thèse de Paris, 1873.

Cabadé. — Gazette des hôpitaux, 1878.

Ollivier. — Art. Pénis in Dict. en 30 volumes.

New-York medical journal, 24 novembre, 1883.

Villiès. — Essai sur le cancroïde de la verge. Thèse de Paris, 1873.

Revue des sciences médicales, 1883.

Martin. — Du cancer du pubis et de son traitement par l'amputation de cet organe au moyen de l'anse galvano-caustique. Thèse de Paris, 1887.

Wœlker. — Art. Pénis in nouveau Dict. de méd. et de ch. pratiques.

Mercanton (de Lausanne). — Annales génito-urinaires, 1887.

Association française pour l'avancement des sciences. Communication de l'observation de M. le Dr Montaz.

The Lancet, 12 janvier, 26 avril 1884.

Medical News, 8, 10 octobre 1883, 21 février 1885.

Roché. — Du cancer du pénis et de son traitement par l'amputation de cet organe. Thèse de Lille, 1883.

Vu bon a imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1888.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut :
G. CHANCEL.

Vu permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !